

特集 病院と地域をつなぐ患者支援のあり方

病院から地域につなぐためのケア構想

昭和大学保健医療学部看護学科

西村 美里 榎田めぐみ

はじめに

平成の30年は、高齢社会から超高齢社会へと変遷を遂げた日本にとって、医療や福祉の重要な転換期であったといえる。

1989年（平成元年）の高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）と1994年の新・高齢者保健福祉十か年戦略（新ゴールドプラン）では、急速に進む高齢化と増大する老人医療費や、1970年代から続く福祉施設等の未充足による高齢者の社会的入院問題の対策として、在宅サービスの充実を図ることが最優先の課題であった。医療・介護・福祉の連携したサービスが必要な人に必要な分だけ提供されるようなシステムづくりが求められた。2000年に介護保険法が施行されて以降は、社会全体で高齢社会を支えるしくみとして地域包括ケアが推進されている。かつて昭和の時代に三大成人病といわれた悪性新生物や心疾患、脳血管疾患は、平成になると生活習慣病へと呼称を変え、令和の時代となっても依然として高齢者の健康長寿を阻害している。生活習慣病は予防が重要であり、完治が難しい疾患である。今では生活習慣病をその人の一個性として捉え、疾患と共存し上手く付き合っていくことが重要視されるようになった。患者が疾患を抱えながらもこれまでと同じように地域で生活を続けていけるよう、医療を提供する側が治療に対する認識を変えていく必要があった。地域包括ケアにおいて、患者は地域に暮らす住民であり、さまざまな健康レベルで生活している「人」なのである。一人ひとりの生涯におけるライフイベントや、健康状態に合わせて「医療」「介護」「住まい」「予防」「生活支援」を住民が自由に選択できるように、これらのサービスが途切れず万遍なく行き届くようなケア体制を整えることが地域社会の役割である。

また、生活習慣病は認知症の発症に関与している。日本発祥といわれる認知症カフェが普及することによって、認知症に関する情報を容易に受け取ることができるようになった。さらに、認知症患者と家族に対する周囲の人々の理解が徐々に広まってきている。超高齢社会の問題を乗り切るためには、高齢者のみに照準を合わせた対策だけではなく、子育てから介護まで多世代を対象とした総合的な取り組みが重要であるとの認識が高まっているように感じられる。介護を必要とする高齢者は施設に入らなければならないという固定概念を捨て、保育園と高齢者のデイサービスを一体化して多世代交流を図る自治体も登場した。日本は、他の先進国よりも高齢者の健康寿命が延びていることもあり¹⁾、リタイアした高齢者が健康障害を持つ高齢者の介護をサポートしたり、学童保育などの指導員となって子育て世代を応援したり、高齢者の活躍できる場が増えてきているのである。

新しい時代になっても、高齢者を含めたすべての世代が住み慣れた環境で最後まで自分らしく生きることができるよう、医療と介護、福祉が更なる発展を遂げなければならない。

今後の課題と共に病院から地域へどのようにケアを繋いでいくことができるのか、考えてみたいと思う。

1. 2025年問題と病院の役割

2025年は1940年代後半に生まれた団塊の世代が後期高齢者となるため、「医療・介護・福祉」の需要と供給のバランスが崩れてしまうのではないかと懸念されてきた。健康寿命が年々延びているとはいえ、後期高齢者人口が増加すると慢性疾患を抱える高齢者や認知症高齢者数は増加し、医療機関は治療を必要とする高齢患者で混雑することが考えられる。

それぞれの地域でどのくらいの医療需要が見込ま

れるのか、病床数はどのくらい確保できるのか、病床機能を見直すことによって効率の良い医療体制づくりを進められるよう、地域医療構想は着々と進められてきた。

地域医療構想の取り組みとして「病床機能の細分化」がある。病床の機能を細分化することで患者はより専門的な治療を受けることができる。病状に適した専門病床で、急性期から回復期、慢性期から地域へと途切れることなく治療と療養ができれば、在院日数の削減にもつながると考えられている。在院日数の削減は、年間 40 兆円を超える国民医療費の削減にも大きな影響を及ぼす。特に 65 歳以上の高齢者にかかる医療費は国民医療費の約 6 割を占めているから深刻である。膨大な医療費の原因は、先進医療や高度医療だけではなく、高齢者の平均在院日数の長さも関与している。高齢者は、併存疾患を複数もっている他に、活動の制限や治療による体力の消耗、免疫力の低下などによって二次的な健康障害を起しやすく、これにより入院期間が延長するといわれている。入院による日常生活動作（Activities of Daily Living：ADL）の低下は入院関連機能障害（Hospitalization-Associated Disability：HAD）と呼ばれ、高齢になるほど出現しやすい。肺炎や低栄養を合併すると廃用症候群につながってしまい、入院が長期化するといった悪循環に陥る。地域医療構想は、これらの悪循環を断ち切って、高齢者を含めたすべての患者が適切な病床で治療を受けたのち、早期退院できるよう支援するシステムなのである。

システムを整えると同時に、病院等の医療機関は自らの所属する地域の状況をしっかりと把握する必要がある。都市部と地方では、医療や介護に関する地域格差が深刻な問題となっているからである。

日本の総人口は 2008 年をピークに減少傾向にあり、地方においては高齢化率と人口流出が増加している。高齢者の単独世帯や高齢夫婦のみの世帯が増加し、全体的にみても 1 世帯当たりの人員数が年々減少している²⁾。特に生産労働人口の若い世代が地方を離れることによって、財源やマンパワー不足で都市部と同じようにケアを受けることのできない地域がある。国の施策により、都市部も地方も同じシステムを利用できるが、地域によって抱えている問題はさまざまであるため、誰がどのように運用していくのか、地域独自の工夫が必要となるだろう。ふ

るさと納税をサービスの充実にあてている地域もあれば、診療を都市部の病院に委託し、遠隔医療を取り入れた地域もある。地域内の医療機関が連携するのはもとより、地域を超えた横のつながりにおいても連携を強化していかなければ、今日の超高齢社会を乗り越えることは難しいのである。

さて、このような社会的な動向を受け、病院はどのような役割を果たすべきだろうか。

まず、病床機能の細分化によってますます専門性の向上が期待される医療関係従事者のエキスパート養成と教育の継続が必要である。さらに、病院内だけではなく地域全体で活躍できる人材を確保し、地域と病院を行き来しながら現場実践と知識のスキルアップを図れるような教育・研修体制を考えていく必要がある。地域と病院を行き来することにより、医療関係従事者は双方の役割を改めて認識することができ、患者の療養環境をより明確にイメージすることができる。患者の療養環境をイメージできるようになると、入院中の患者が退院後に必要とする支援について早期から情報を収集できるため、円滑な退院支援につながる。特に、独居で他者や地域と交流が少ない患者や SNS（ソーシャル・ネットワーキングサービス）などを使用しない患者にとって、医療関係従事者の情報提供は非常に重要である。「私は病院で働いているので、地域のことはわかりません」ということのないよう、医療に携わる者として社会の動向にしっかりと目を向けていく必要がある。

さらに、地方と都市部では人口流出により、医療関係従事者の数が異なるという問題がある。このような問題に対しては、「地域」というコミュニティに幅をもたせて、都市 A と地方 B がペアを組んで両方の問題に取り組んでいくといったシステムを新たに構築してもよいのではないだろうか。遠隔医療を活用する他に、医療関係従事者間で交流をもつことや、都市 A と都市 B の両方で研修を受けることができるような体制づくりが必要である。研修に参加する医療関係従事者の居住環境や賃金等を保障するなど、調整の難しい課題もあるが、根気強く困難な課題に挑戦し続けることは意義のあることである。

また、より専門性の高い教育や研修を継続するためには、「病院と地域の連携」や「病院間または地域間の連携」の他に、大学などの「教育機関との連

携」も重要である。人材育成という面で大学に課せられた役割は大きい。医療関係従事者が専門職として職務に就いた後も、スキルアップや自己研鑽を継続できるよう、情報通信技術（Information and Communication Technology : ICT）を活用して時間に縛られず教育機関を利用できるようになると良い。

病院と地域の関係は、シンガーソングライターの中島みゆきさんの有名な曲、「糸」の歌詞にでてくる「縦の糸」と「横の糸」に表されている様に、双方の連携が幾重にも折り重なって地域住民の健康をサポートしていくことが理想的なのではないかと考える。

2. 医療関係従事者の役割

病床機能の細分化や在院日数を短縮化するためには、より迅速で専門性の高い医療や看護が求められる。患者が「追い出される」、「たらい回しにされる」といった不安を抱くことがないように、これまで以上に各機関の円滑な連携が重要となってくる。患者一人ひとりがどのような治療計画・介護計画をもって退院していくのか、医療機関に従事する関係者は患者の社会的側面により一層の関心を寄せ、患者一人ひとりの全人生を見通す力が必要となるのではないだろうか。

医療関係従事者は、「病院から地域へ」よりもむしろ「地域から病院へ」とケアをつないでいくのだという意識を持つことが重要である。

患者は病院に入院することによって「患者」と呼ばれ、医療機関のルールに従って医療的なサービスを受ける。医療機関での治療が終わって地域に戻った場合、患者は「患者」ではなく「一個人」として呼称され、それぞれが担っている社会的役割によって呼び名が変わる。「母」で「祖母」で「婦人会会長」であり「コミュニティサークルの会員」であるなど、一個人はさまざまな呼び名を持っているのである。医療機関に入院中の患者は、自身の生活スタイルを医療機関のルールに合わせて変容させ、周囲と折り合いをつけながら治療を継続しなければならない状況にある。仕事を休む、家族の世話ができない、趣味活動を自由に行えない、食事や入浴時間を自分で決めることができないなど、これまで当たり前に行ってきた活動そのものに制限がかかってしまう。

このような患者の生活の変化は、入院治療による一時的なものであったとしても、医療関係従事者側が「治療のため当然のこと」としてとらえてしまうと、いくら患者中心の医療を実践しているといえども、患者そのものを理解できていないことになるのではないだろうか。「患者を知る」ことを怠れば、「患者中心の医療」は実践できない。

また、「家族」や「地域」といったコミュニティの多様性についても着目したい。

2018年にカンヌ国際映画祭で最高賞を受賞した是枝裕和監督の「万引き家族」で注目されたように、血縁関係だけを家族と呼ぶ時代ではなくなった。他人とのつながり方によっては、血縁関係を超越する絆が生まれる現象が実際に起こりうるのである。さらに、昨今は外国からの移住者数が増え、総務省は平成30年の外国人人口は過去最高の伸び率であったと報告している²⁾。日本が多元文化を受け入れ、「サラダボウル」と呼ばれる時代は近いのかもしれない。今後ますます価値観の独自性や多様性は複雑化することが予測される。これまで排他的に扱われてきたような価値観が社会に広く受け入れられるようになることもあるだろう。私たち医療関係従事者は、簡単に「患者理解」と口にはできないような局面を迎えているのである。慢心することのないよう、患者と誠実に向き合っていく必要がある。

看護師として医療機関で勤務していたころ、「看護師さんはいつもダメダメしか言わないね」と患者に言われたことがある。術後、離床を拒む患者に対応していた時のエピソードである。当時はさまざまな疾患や治療ごとのクリティカルパスが導入された時期であった。クリティカルパスによって、治療のプロセスや予測される身体症状の経過等を患者が一目で把握できるようになった。患者の回復過程を可視化することは、医療に対する安心や信頼につながった。また、医療機関にとっては、在院日数の短縮や医療の標準化と質の保証、業務改善といった利点も多くあった。その一方で、自分の看護を振り返ると猛省することもあった。標準化した治療計画から患者が逸脱することがないようにケアをすることが重要であると考えたり、クリティカルパスの評価がそのまま患者の評価であるように思いこんでしまったり、本来ならば計画どおりに経過した場合であっても患者の想いはどうだったのかと考えること

も看護であるはずなのに、考えることすら省いてしまう傾向にあった。その頃の私は、心の内に「患者は病院や治療計画に従うものである」という認識をもっていたのかもしれない。クリティカルパスは標準化された治療計画・回復過程ではあるが、患者一人ひとりの回復過程が存在することを心に留める必要がある。クリティカルパスに患者を合わせるのではなく、患者の回復過程に合わせてクリティカルパスに沿った治療や看護を実践することが重要なのである。

パスの利便性と医療や看護の本質をはき違えてはならないが、迅速かつ専門性の高い医療や看護を提供するためには、よりスピーディに「患者を知る」ことが重要であり、そのためにはパスを有効活用することをお勧めしたい。特に地域連携クリティカルパスは、医療・介護・福祉に関するさまざまな情報を統合して全体を把握することができる点において、非常に有用である。「脳卒中对策」や「がん対策」等、地域連携クリティカルパスは事業ごとに分かれており、患者が急性期治療から在宅療養に至るまでの一連の治療計画が示されている。また、地域連携クリティカルパスをイラストや図表を用いて分かりやすく提示することによって、住民は自分の住んでいる地域の医療機関を容易に把握でき、いつどのタイミングで支援を受けることができるのか、知ることができる。円滑な地域連携のために、地域共通のオーダリングシステムやカルテを導入して、患者の情報を共有しやすい環境を整えた自治体もある。このように優れたシステムを病院内のカルテと

リンクさせて、医療関係従事者が「患者を知る」ことができるようサポートできないだろうか。システムの管理に関する問題はあるだろうが、患者に関する情報を一つにまとめることによって「患者把握」や「患者理解」までの時間は短縮できる。また、地域包括部門に退院支援を専門とする看護師を配置し、患者が安心して施設や在宅で治療を継続できるように関わっている医療機関もある。しかし、短い入院期間では、患者がどこで暮らしどのようなサービスを受けることができるのか、患者に関わる全ての医療関係従事者が常に「地域で生活する患者」を意識することが重要なのではないだろうか。

医療関係従事者は過酷で多忙な時間を過ごしながらも、患者中心の医療を実践するために日夜奮闘している。彼らが疲弊するような医療システムは、行き届いたサービスが提供できない等、患者にとっても不利益である。患者と医療関係従事者の両者に対して思いやりのあるシステムを構築することが期待される。

文 献

- 1) 内閣府. 平成 30 年版高齢社会白書 (概要版). 高齢化の状況. (2019 年 6 月 10 日アクセス) <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/gaiyou/pdf/1s1s.pdf>
- 2) 総務省 (2018). 住民基本台帳に基づく人口, 人口動態及び世帯数 (平成 30 年 1 月 1 日現在). (2019 年 6 月 10 日アクセス) http://www.soumu.go.jp/main_content/000563135.pdf